

## گزارش یک مورد موکوسل جدار شکم در محل قبلی کولوستومی

دکتر حسام قاسم اف\*، دکتر محمدرضا جواهریان\*\*، دکتر مصطفی جابرانصاری\*\*\*

### چکیده:

تشکیل موکوسل وضعیت عمدتاً پاتولوژیکی است که در ارگان‌های دارای ترشح از قبیل مجاری اشکی، سینوس‌ها، آپاندیس و قسمت‌های مختلف روده با شیوع کمتر روی می‌دهد. وجود موکوسل در جدار شکم وضعیتی بسیار نادر است که دانستن آن به عنوان تشخیص افتراقی دارای اهمیت است. در این مقاله به معرفی خانم 60 ساله با موکوسل در محل قبلی کولوستومی می‌پردازیم.

### واژه‌های کلیدی: موکوسل، جدار شکم، کولوستومی

### زمینه و هدف

کولوستومی قبلی، مواردی همچون هرنی انسزیونال، گرانولوم عفونی و گرانولوم‌های واکنشی ناشی از جسم خارجی مانند نخ‌های جراحی به مراتب شایعتر بوده و چنانچه احتمال وجود آن به ذهن پزشک معالج متبادر نگردد، تشخیص داده نخواهد شد.

### معرفی بیمار

خانم 60 ساله با شکایت از وجود توده‌ای دردناک در محل قبلی کولوستومی مراجعه کرده که این توده از حدود یک سال قبل وجود داشته ولی در یک ماه اخیر اندازه آن بزرگتر و درد آن تشدید شده است. شرح حالی از علائم

موکوسل تجمعی از موکوس در کیسه‌ای اپیتلیایی است و همانطور که از نامش بر می‌آید معمولاً در ارگان‌های دارای ساختار ترشحي و غددي دیده می‌شود. مواردی از آن در آپاندیس و حتی بقایای استامپ آن پس از عمل آپاندکتومی<sup>1</sup>، اطراف رکتوم دنبال عمل جراحی قبلی روی کولون و رکتوم<sup>2</sup>، غدد بزاقی<sup>3</sup>، مجرای اشکی<sup>4</sup> و حتی کف لگن به دنبال اعمال جراحی قبلی<sup>5</sup> گزارش شده است.

مورد مشابهی از موکوسل در جدار شکم به دنبال عمل قبلی و در محل کولوستومی نیز گزارش شده که بسیار نادر است<sup>6</sup>. مطرح نمودن این بیمار از آن جهت حائز اهمیت است که در تشخیص افتراقی توده‌های قابل لمس در محل

\* نویسنده پاسخگو: دکتر حسام قاسم اف

تلفن: 7-88505595

E-mail: [hessam.ghassemof@yahoo.com](mailto:hessam.ghassemof@yahoo.com)

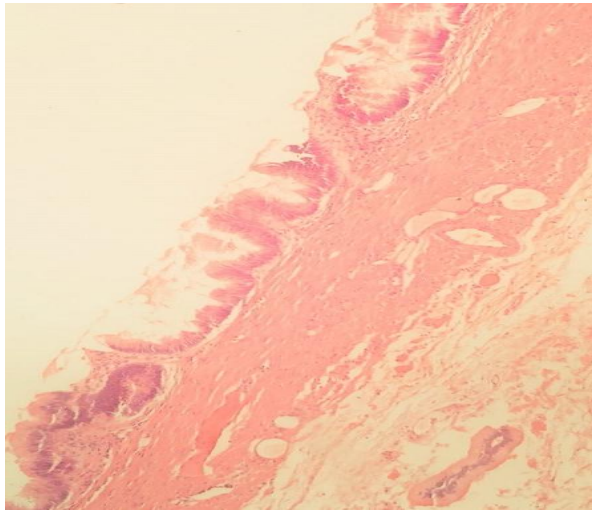
\* متخصص جراحی عمومی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

\*\* متخصص پاتولوژی، بیمارستان مهراد

\*\*\* متخصص جراحی عمومی، بیمارستان مهراد

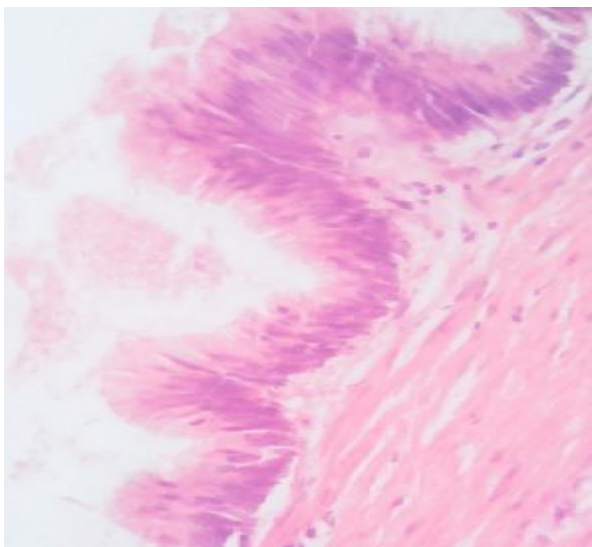
تاریخ وصول: 1397/01/26

تاریخ پذیرش: 1397/03/31



تصویر 1 - بزرگنمایی 100 و رنگ آمیزی H&E : پوشش استوانه‌ای موسینوس و بافت فیبرومعضلانی زیر آن

در گزارش همکار پاتولوژیست، ساختار سیستیک با سلول‌های اپیتلیال استوانه‌ای بلند و آیتپی هسته‌ای واکنشی خفیف گزارش شد که Ki67 در اپیتلیوم مثبت و CK در استرومای ساب اپیتلیال منفی بوده و نتیجه آن موکوسل حجیم بدون شواهدی از بدخیمی بوده است (تصویر 2).



تصویر 2- بزرگنمایی 400 و رنگ آمیزی H&E : پوشش اپیتلیالی درجه خفیفی از دیسپلازی را نشان می دهد

گوارشی، ادراری و سیستیک همراه نمی‌دهد و اندازه آن در طول روز ثابت است.

بیمار 21 سال قبل به دلیل آندومتريوز لاپاراتومی شده و 16 سال قبل مجدداً به دلیل تب و درد و آبه شکمی لاپاراتومی و موقتاً کولوستومی سیگموئید بصورت لوپ انجام شده و 3 ماه پس از آن بیمار هیستریکتومی و کولوستومی وی نیز ترمیم و بسته شده است.

بیمار 8 ماه بعد تحت لاپاراتومی مجدد، آنترولیز و ترمیم هرنی وسیع جدار شکم با مش قرار گرفته و 13 سال بدون مشکل بوده تا اینکه 2 سال قبل کوله سیستکتومی لاپاراسکوپیک برایش انجام شده است.

در معاینه بالینی بیمار خوشحال است و علائم حیاتی BP= 130/80, PR=80/min, RR=18/min, T= 37.2°C دارد. سمع قلب و ریه‌ها نرمال است. شکم دارای اسکارمیدلاین، اسکار محل پورت‌های لاپاراسکوپیک و نیز اسکار محل بستن کولوستومی است که در سمت چپ ناف و به فاصله 5 سانتیمتر از آن قرار دارد. صداها رودهای نرمواکتیو بوده و در لمس توده‌ای دردناک به ابعاد 3 × 4 سانتیمتر و قوام firm دقیقاً زیر محل اسکار کولوستومی بدست می‌خورد، سایر معاینات نرمال است نکته پاتولوژیک دیگری وجود ندارد.

بیمار با تشخیص توده بافت نرم جدار شکم یا هرنی انسیزیونال از محل کولوستومی قبلی کاندیدای عمل جراحی گردید. روز قبل از عمل بستری و اقدامات لازم شامل CXR، ECG و آزمایشات انجام شد که همگی نرمال بود. بیمار در اتاق عمل تحت بی‌هوشی عمومی قرار گرفت و پس از پرپ و درپ با برش عرضی در محل اسکار کولوستومی پوست باز شد. بافت زیر جلدی اطراف توده تشریح شد. توده‌ای بیضوی به ابعاد 3 × 4 سانتیمتر با حالت کیستیک و محتوی مایع شفاف و غلیظ زرد رنگ، بالاتر از سطح فاشیا و بدون ارتباط با داخل شکم مشهود بود که به طور کامل برداشته شد (تصویر 1). فاشیا کاملاً سالم بود. پس از هموستاز، محل عمل در سه لایه با نخ قابل جذب ترمیم و پانسمان و نمونه جهت بررسی پاتولوژی ارسال گردید. بیمار روز پس از عمل با حال عمومی خوب از بیمارستان ترخیص شد.

**بحث و نتیجه‌گیری**

همانطور که ذکر شد، مطرح شدن موارد نادر در مقالات برای کمک به بخاطر آوردن آنها به عنوان تشخیص‌های

افتراقی هنگام ویزیت بیمار بسیار ضروری است. مواجهه با این مورد در حالی که احتمال اولیه ما هر نی انسزیونال حاوی اومننوم یا گرانولوم واکنشی بود، مؤید همین نکته است.

**Abstract:**

**A Case Report of Abdominal Wall Mucocele in the  
Previous Site of Colostomy**

*Ghassemof H. MD<sup>\*</sup>, Javaherian M. R. MD<sup>\*\*</sup>, Jaber Ansari M. MD<sup>\*\*\*</sup>*

(Received: 15 April 2018      Accepted: 21 June 2018)

Mucocele formation is a pathologic condition that usually occurs in organs with secretory and glandular tissue such as sinuses, lacrimal glands and ducts, appendix, intestine and ... Mucocele in the abdominal wall is a very rare condition and is of importance to be considered in differential diagnosis. In this article we present a 60 years old woman with abdominal wall mucocele in the previous colostomy site.

***Key Words: Mucocele, Abdominal Wall, Colostomy***

\* *Assistant Professor of General Surgery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

\*\* *Pathologist, Mehrad Hospital, Tehran, Iran*

\*\*\* *General Surgeon, Mehrad Hospital, Tehran, Iran*

## References:

1. Antony Johnson, Maria & Jyotibas, Damodaran & Ravichandran, Palaniappan & Jeswanth, Satyanesan & devy Gounder, Kannan & Surendran, Rajagopal. (2006). Retention mucocele of distal viable remnant tip of appendix: An unusually rare late surgical complication following incomplete appendectomy. *World journal of gastroenterology: WJG*. 12. 489-92. 10.3748/wjg.v12.i3.489.
2. Ali, Awadalla Taifour & Krishnan, A & Rehman, S & Rao, Vittal Sree Rama & J Pearson, H. (2011). Giant colonic mucocele following palliative surgery for metastatic adenocarcinoma. *Journal of surgical case reports*. 2011. 1-4. 10.1093/jscr/2011.3.9.
3. Nilesh, Kumar & Chandra, Jagadish. (2015). Atypical presentation of salivary mucocele: Diagnosis and management. *General dentistry*. 63. e32-e34.
4. Carneiro Corujeira de Britto, Fernanda & Veloso Rosier, Vitor & Vicente Luz, Tovar & Lima Verde, Raquel & Mônica Figueiredo de Lima, Clara & Lessa, Marcus. (2014). Nasolacrimal Duct Mucocele: Case Report and Literature Review. *International Archives of Otorhinolaryngology*. 19. 096-098. 10.1055/s-0034-1366978.
5. Roshkow, Julia & C. Ng, Christopher. (1990). Pelvic Mucocele Following Colostomy. *Journal of computer assisted tomography*. 14. 1022-3. 10.1097/00004728-199011000-00035.
6. Erdal Memetoglu, Mehmet & Emin Boleken, Mehmet & Baba, Fusun & Kaya, Mete & Kanmaz, Turan & Yucesan, Selcuk. (2008). Abdominal wall mucocele: A late complication of colostomy closure. *International wound journal*. 5. 56-8. 10.1111/j.1742-481X.2007.00299.x.